



**SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Por ley, una persona tiene el derecho de corregir su PHI en el Grupo de Archivos Designado de Gastro Health, P.L. (Gastro Health) o de sus Socios Comerciales, así como de solicitar una modificación a su Información Protegida de Salud (PHI). **Si necesita ayuda para llenar el formulario, contacte al Director de Privacidad al (305) 913-0682.**

**UNA VEZ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO A:  
Gastro Health, P.L.: 9500 S. Dadeland Blvd., Suite 200, Miami, FL 33156**

**Sección A: La persona para la que se solicita la corrección. Complete los siguientes datos:**

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono
		Dirección de correo electrónico (opcional)

**Sección B: Coloque una "X" en el casillero junto a los historiales que desea corregir e incluya las fechas específicas:**

Historiales de Inscripción	Desde:	Hasta:	Historiales de Reclamos	Desde:	Hasta:
<input type="checkbox"/> Historial de Declaraciones del Médico	_____	_____	<input type="checkbox"/> Médicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Historial de Facturación (si corresponde)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicamentos con Receta	_____	_____
			<input type="checkbox"/> Salud Mental	_____	_____

Indique la razón o razones que justifiquen la corrección de estos historiales:  
\_\_\_\_\_

**Sección C: Escriba los nombres y direcciones de las personas a las que es necesario notificar en caso de que estemos de acuerdo con hacer la corrección.**

Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal

**Sección D: Firma – Este documento debe ser firmado por el individuo, el padre de un menor de edad o el Representante Personal.**

Solicito que Gastro Health corrija mi PHI como se especifica en la Sección B anterior. Entiendo que únicamente puedo firmar en nombre de un menor de 18 años, a menos que exista un comprobante de tutela legal.

Firma	Fecha: mes/día/año
-------	--------------------

**Sección E: Si un Representante Personal firma la Sección D, complete la siguiente información:**

Si firma en carácter de Apoderado, Tutor Legal, Albacea o Administrador, adjunte una copia de los Documentos legales. Usted **NO** tiene que adjuntar las copias de los documentos que ya se encuentren en los archivos de Gastro Health.

Nombre del Representante Personal	Relación con la Persona
Dirección del Representante Personal	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de Teléfono del Representante Personal	Dirección de correo electrónico del Representante Personal (opcional)